

# **SANITÀ, COMMISSIONI CAMERA: “TICKET PARAMETRATO A REDDITO. INCENTIVARE ASSICURAZIONI”**

Si va oltre la proposta Unipol-Censis ipotizzando il sostegno alla previdenza integrativa con forme di defiscalizzazione. Boldrini: "Si faccia riforma, ma su omogeneità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, lotta agli sprechi e alla corruzione". L'illegalità rappresenta il 5-6 per cento della spesa sanitaria nazionale, cioè circa 5-6 miliardi di euro

**di Redazione Il Fatto Quotidiano | 17 luglio 2014**

“Il Servizio sanitario nazionale non può supportare ulteriori tagli, pena l'impossibilità di **garantire i livelli di assistenza** e quindi l'equità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di **razionalizzazione della spesa** dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari”. Mette il dito nella piaga il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sul **Sistema sanitario nazionale (Ssn)**, svolta congiuntamente dalle **commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera**, presentata giovedì a Montecitorio. Che, oltre a fotografare dettagliatamente la situazione con le sue luci e ombre, non manca di formulare proposte per il futuro. Tra quali, oltre all'annosa questione del **ticket sanitario**, trova un ampio spazio l'ipotesi di un ruolo sempre più crescente per le **compagnie assicurative**, che si affianca, questa volta però in un ambito più istituzionale, alle ipotesi formulate nei giorni scorsi nell'ambito della presentazione del rapporto *Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali* di Censis e **Unipol**. Quello cioè che spingeva per “le proposte, di alcuni operatori privati, in primis Unipol, di attivare **fondi sanitari integrativi** di tipo territoriale, con una forte compartecipazione degli Enti locali”, che avevano prontamente suscitato il plauso del ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**.

**Una spesa sanitaria “tra le più basse dei Paesi avanzati”** - Per quanto riguarda lo stato dell'arte, il documento delle Commissioni di Montecitorio sottolinea come “le azioni messe in campo per il **controllo della spesa sanitaria** hanno prodotto risultati significativi dal punto di vista economico-finanziario, tanto che nel 2012 tale spesa si è attestata a quota **110,8 miliardi di euro**, facendo registrare, per il secondo anno consecutivo, una riduzione in termini nominali (pari allo 0,7 per cento contro lo 0,8 per cento dell'anno precedente). La spesa del comparto rappresenta comunque una **quota significativa della spesa pubblica** al netto degli interessi: circa il 15,5 per cento. Si tratta di un aggregato di spesa che, per altro, non trova separata evidenziazione nell'ambito della contabilità nazionale, ma è dato dalla somma delle **diverse tipologie di spesa** riconducibili al settore sanitario e, principalmente, ai costi del personale, facenti parte dell'aggregato redditi da lavoro dipendente, e alle spese per l'acquisto di beni e servizi, contabilizzati nei consumi intermedi”.

In termini di rapporto con il Prodotto interno lordo, secondo i dati Istat la spesa sanitaria pubblica si situa su un valore pari al 7,1 per cento del Pil nel 2012. “Tale percentuale sale, sempre nel 2012, a circa il 9,2 per cento con riguardo alla spesa sanitaria complessiva (che considera anche la componente di **spesa sanitaria privata**, cifrabile intorno ai 30 miliardi) e risulta **tra le più basse**

**dei paesi avanzati**, attestandosi sia sotto la **media OCSE**, pari al 9,3 per cento, sia sotto quella dei **Paesi UE-15**, pari al 10 per cento”. Per quanto riguarda invece l’apporto pubblico, “il livello del **finanziamento del Servizio sanitario nazionale** cui concorre ordinariamente lo Stato per l’anno 2013 è stato determinato in **107.004,50 milioni di euro**. Per altro, negli ultimi anni, alla riduzione delle risorse destinate al Fondo sanitario nazionale si è sommata la riduzione di quelle per le politiche socio-assistenziali e per le **non autosufficienze**“. Tutto ciò, sottolineano le Commissioni, “ha fatto emergere la piena consapevolezza che il Servizio sanitario nazionale non può sopportare **ulteriori definanziamenti**, pena l’impossibilità di garantire i livelli di assistenza e quindi l’**equità nell’accesso alle prestazioni** socio-sanitarie. Pertanto, eventuali risorse recuperate attraverso misure di razionalizzazione della spesa dovranno essere destinate al miglioramento dei servizi sanitari”.

**“Basta tagli lineari, serve un cambiamento di metodo”** - Tanto più che “nel corso dell’indagine conoscitiva, la **Conferenza delle regioni e delle province autonome** ha lamentato, sia a causa delle misure di contenimento della spesa di cui si dirà tra breve, sia a causa della riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, una contrazione delle risorse destinate dallo Stato alle regioni pari a circa **31 miliardi e 553 milioni di euro** nel periodo 2011-2015”. Ma se da un lato “non appare ragionevole pensare ad un **reperimento di ulteriori risorse** da destinare al finanziamento del Servizio, d’altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del **taglio lineare**, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco”. I tagli lineari, spiegano ancora le Commissioni, “non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli **sprechi**; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali”. In sostanza, è necessario un “**cambiamento di metodo**, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, prevedendo **misure premiali** non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a **piani di rientro** che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini”.

**Il futuro del ticket** - Tra le altre proposte, invece di un **innalzamento del ticket sanitario**, le commissioni propongono “la fissazione di una **franchigia**, calcolata in percentuale al **reddito**, fino al concorrere della quale si dovrà pagare interamente secondo le attuali tariffe ogni prestazione fruita nel corso dell’anno. Superata la franchigia, che potrebbe essere anche progressiva – le prestazioni sarebbero invece gratuite o con minime forme di compartecipazione ad effetto dissuasivo e comunque legate a percorsi di appropriatezza clinica”. Dunque, secondo questo sistema, si dovrebbe pagare ogni prestazione fino al raggiungimento di un **tetto massimo**, variabile in base al reddito, superato il quale le prestazioni diventerebbero gratuite o compartecipate. Alla base della proposta un’articolata analisi che ricorda come la vigente legislazione nazionale prevede per le prestazioni di assistenza specialistica l’applicazione di un ticket pari al valore della

prestazione fino ad un massimo di 36,15 euro, “con **ampie categorie di esenzione**, per patologie e per reddito, tanto che circa il 70 per cento delle prestazioni viene fruita da assistiti esenti”. In particolare per l’**assistenza farmaceutica** l’eventuale applicazione di un ticket è demandata alle regioni. “La maggior parte delle regioni ha disposto l’applicazione del ticket, generalmente di importo pari a 2 euro per ogni farmaco a carico del SSN, prevedendo al contempo ampie categorie di cittadini esenti. Il gettito complessivo dei predetti ticket è pari a circa **2,9 miliardi di euro annui**: circa 2,3 per la specialistica e circa 0,6 per l’assistenza farmaceutica”. Nel corso dell’indagine conoscitiva, tuttavia, “è stato riscontrato come l’innalzamento dei ticket sulla specialistica piuttosto che ridurre il numero delle prestazioni le abbia invece **trasferite sul settore privato**, posto che la compartecipazione per alcune prestazioni è risultata addirittura più onerosa del loro stesso prezzo, facendo così **venir meno il gettito atteso**”.

Non solo: “la problematica dei crescenti importi dei ticket contribuisce, per coloro che preferiscono rivolgersi al privato, al crescente fenomeno della **spesa privata**” che ammonta a circa 30,3 miliardi “costituendo in tal modo una percentuale rilevante della spesa sanitaria complessiva, e con una presenza molto più elevata in alcuni settori, quali quello delle **cure odontoiatriche**“. E’ stato tra l’altro segnalato come “tale spesa venga a determinare un aumento delle **differenze nella tutela della salute** al crescere del reddito, rivestendo per tale profilo una natura regressiva, in quanto dà luogo ad una offerta di prestazioni crescente all’aumentare del reddito del richiedente”. Essa, inoltre, “pur collocandosi su un livello non dissimile da quella di altri Paesi europei, è nel nostro Paese quasi per l’intero out of pocket, mentre altrove è in buona parte **intermediata da assicurazioni e fondi**. Si tratta di una spesa che, in quanto out of pocket, è individuale (spesso cash), e non ha pertanto alcun potere contrattuale nei confronti degli enti erogatori”.

**Incentivare il ruolo delle assicurazioni con defiscalizzazioni** - E qui si passa a un’altra proposta delle Commissioni: **incentivare la sanità integrativa**. “Un ultimo tipo di proposte, per aumentare l’efficienza del sistema sanitario, su cui molti degli auditi hanno convenuto, verte sull’incentivazione della sanità integrativa costituita da fondi integrativi, **polizze assicurative**, collettive ed individuali”. La richiesta, recita il documento “è di una **maggior defiscalizzazione**, i cui oneri per l’erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema”. Secondo le Commissioni, poi, “una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell’interessato, riduce la spesa privata out of pocket che, come prima detto, presenta effetti regressivi”.

Il ragionamento è in dettaglio questo. “La necessità di riorganizzare la spesa sanitaria privata mediante idonee forme assicurative deriva anche dalla diffusa percezione dell’insostenibilità del prelievo sia per le imprese (**Irap**) che per i cittadini (**addizionali Irpef**) nelle regioni sottoposte a piani di rientro. Tale riorganizzazione potrebbe operarsi aumentando la **convenienza fiscale** nei confronti dei fondi – posto che le imprese non godono di alcun vantaggio fiscale per i contributi versati ai fondi – in modo che questi arrivino ad una **massa critica** ed intermedino più spesa privata. In questo modo, i fondi, oltre ad intervenire necessariamente a fronte di fatturazione, raggiungendo una certa massa critica, potrebbero giungere ad avere un **potere contrattuale** nei confronti degli enti erogatori”, sostiene il documento.

Secondo il quale “ciò potrebbe consentire una maggior sostenibilità fiscale, una maggior **equità sociale**, in termini di attenuazione degli effetti regressivi della spesa privata individuale, di cui prima si è detto, e una miglior **efficienza delle prestazioni** del sistema se il predetto potere contrattuale divenisse significativo. In questo ambito è stata quindi richiesta una intensificazione degli sforzi per una progressiva messa a punto di **sistemi complementari di intervento**, ad esempio affiancando agli esistenti fondi integrativi – comunque da meglio sviluppare, come ripetutamente richiesto nel corso delle audizioni – un maggior ruolo ai **fondi assicurativi “aperti”**, sul modello seguito da altri Paesi dell’Unione europea, al fine di mantenere la **piena copertura sanitaria** anche in quelle aree che il sistema attuale dovesse non riuscire a coprire”.

Il tema dei fondi assicurativi presenta ovviamente anche diversi **profili problematici**, è l’ammissione, “atteso che essi danno luogo, per come attualmente composti, ad un **asegmentazione della popolazione** protetta, che determina una differenziazione delle tutele offerte dal sistema. Essi inoltre presentano frequentemente forme di autotutela, in termini di franchigie, massimali ed altro, tese a **scoraggiare** taluni tipi di richiesta di prestazioni, nonché, si potrebbe dire, di **selezione avversa** – con riguardo alla cronicità, alle situazioni di long term care, di accesso oltre elevate soglie di età – **meritevoli di approfondimento** da parte del legislatore nel momento in cui si dovesse procedere ad un ampliamento del ruolo dei fondi stessi”. Sopra a tutto, però, secondo i deputati “la possibilità di ricorrere alla sanità integrativa dovrebbe comunque essere affrontata senza **pregiudizi ideologici** e valutando preventivamente con molta attenzione i costi e i benefici derivanti dal ricorso a tale soluzione”.

**Prevenire, innovare, controllare** - Gli altri punti non secondari toccati dal documento parlano di aumento degli investimenti in **prevenzione primaria**, innovazione e ammodernamento delle strutture e delle tecnologie, informatizzazione del sistema sanitario e migliore utilizzo dei dati, maggiore rapidità e omogeneità nell’accessibilità ai farmaci innovativi, aggiornamento dei **Livelli essenziali di assistenza** (Lea), incremento dell’attività della **Consip**, un’azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V.

Su quest’ultimo tema le commissioni propongono di assegnare allo **Stato** la definizione degli standard, degli obiettivi di salute da raggiungere, e il controllo riguardo all’erogazione dei Lea; alle **Regioni** spetterebbe così un ruolo di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari. Le commissioni chiedono inoltre “maggiore **autonomia delle aziende** in presenza di difficoltà sul lato delle risorse, al fine di gestire nel modo migliore possibile ed in modo flessibile i fattori produttivi disponibili, puntando, ad esempio, più sui vincoli, sulla responsabilizzazione e sulla verifica dei risultati sia sotto il profilo economico-finanziario sia dal punto di vista dell’efficienza e dell’efficacia dei servizi offerti”.

“L’assistenza di domani non può essere più progettata per una popolazione di **‘pazienti acuti’**, ma sempre più dovrà prestare attenzione all’attività di presa in carico nel territorio del **‘paziente cronico’** – si legge infine – Bisogna dunque superare la logica **ospedale-centrica** a favore della domiciliarizzazione di strutture intermedie, vale a dire luoghi sanitari di prossimità dotati di una piccola equipe multiprofessionale, che consenta all’ospedale di divenire il luogo dell’**intesività assistenziale**, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista”.

“L’istituzione, quasi quarant’anni fa, del **Servizio sanitario nazionale** ha rappresentato un punto di svolta nel modo di concepire la sanità e il suo rapporto con gli italiani. Nato per garantire

l'universalità e l'equità delle cure, al Nord come al Sud, ai ricchi come ai poveri, questo strumento va oggi ripensato se si vogliono conseguire gli obiettivi che hanno ispirato la sua costituzione", è stato uno dei commenti del presidente della Camera, **Laura Boldrini**. "Innovazione strutturale e tecnologica, omogeneità nell'erogazione dei **livelli essenziali di assistenza**, lotta agli sprechi e alla **corruzione** costituiscono le direttrici da seguire – ha aggiunto Boldrini – per una riforma del sistema sanitario non più procrastinabile, necessaria a garantire standard qualitativi nell'offerta di prestazioni sanitarie compatibili con il diritto alla salute, riconosciuto dalla nostra **Costituzione**".

Tanto più che, secondo l'analisi, l'illegalità e la corruzione rappresentano all'incirca il 5-6 per cento della spesa sanitaria (cioè circa **5-6 miliardi di euro**), "un fenomeno preoccupante che non solo incide sull'efficienza e sull'equità dei servizi, ma che mina alla radice il rapporto di fiducia tra istituzioni e i cittadini, in un settore essenziale per la vita del Paese quale quello sanitario"